

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Avaliação do estado de saúde oral de deficientes profundos institucionalizados

Maria João Santos Grego Esteves

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2017

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Avaliação do estado de saúde oral de deficientes profundos institucionalizados

Maria João Santos Grego Esteves

Dissertação orientada pelo
Professor Doutor Mário Bernardo
e coorientada pela Professora Doutora Sónia Mendes

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2017

Para os meus pais

Agradecimentos

Para a realização deste trabalho, que finda uma importante etapa do meu percurso académico, contei com o apoio e dedicação de várias pessoas a quem dirijo o meu sentido agradecimento.

Ao Professor Doutor Mário Bernardo, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária e orientador deste trabalho, expresso o meu sincero reconhecimento, pela elevada competência científica, pelas inúmeras horas de trabalho e por todas as críticas, sugestões e correções que tanto contribuíram para enriquecer este projeto. É gratificante trabalhar e aprender com alguém com um conhecimento tão extraordinário e em simultâneo com constante incentivo, dedicação e disponibilidade.

À Professora Doutora Sónia Mendes, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária pela sua prontidão em assumir a coorientação deste trabalho e pelo rigor e orientação científica ao longo de toda a dissertação. A sua serenidade, total disponibilidade e apoio foram cruciais ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Fátima Bizarra e à Professora Doutora Sandra Graça por todas as dicas pertinentes e pela possibilidade de assistir às aulas clínicas para pacientes com necessidades especiais, permitindo-me experienciar o contacto e a assistência a pessoas com deficiência

Ao Dr. Joaquim Cardoso, presidente da delegação de Évora da Associação Portuguesa de Deficientes, agradeço toda a motivação para o tema e todos os esclarecimentos prestados.

A toda a equipa técnica, auxiliares e direção do Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva por me terem recebido tão bem e pela disponibilidade incansável em todas as minhas visitas ao centro.

À MH Clinic, na pessoa da gestora Maria Helena Anjos, por me ter permitido realizar a esterilização do material nas instalações da clínica.

Aos meus pais, fundamentais em todos os momentos da minha vida, por me transmitirem o seu exemplo de superação e responsabilidade, assegurando-me sempre o seu colo. À minha mãe que se disponibilizou para me acompanhar no trabalho de campo,

registrando todas as minhas observações, agradeço profundamente toda a dedicação que teve comigo não só neste trabalho como ao longo de toda a minha vida. Ao meu pai agradeço pela revisão da minha tese, por estar sempre disponível com a sua atitude positiva e por ser o primeiro a dizer que posso ser aquilo que sonhar.

Aos meus avós, Nizinha e Álvaro, por todo o carinho que toda a vida me concederam.

Também aos meus avós Niza e Quimanel, que desde sempre acreditarem que este dia iria chegar, mas que a vida não lhes deu tempo para o presenciarem.

Ao André por toda a cumplicidade, pela tranquilidade que me transmite e por todo o incentivo ao longo destes anos.

Aos meus amigos e colegas pelo apoio incansável e mensagens carinhosas.

Por fim, agradeço a todos os utentes do Centro Luís da Silva, que foram a principal motivação para desenvolver este trabalho.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar o estado de saúde oral e principais fatores associados de uma população de deficientes profundos institucionalizados.

Materiais e Métodos: A população-alvo foram os utentes do Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (CLS). A recolha de dados foi realizada nas instalações da instituição através de um exame intraoral e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem ou aos cuidadores responsáveis pela higiene oral dos utentes. No exame intraoral foram avaliados o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), o índice gengival (IG) e o índice de higiene oral simplificado (IHOS).

O questionário permitiu obter dados acerca dos comportamentos relativos à higiene oral e acesso a cuidados de saúde oral.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 23 (IBM Corp., 2015).

Resultados: A amostra foi constituída por 55 indivíduos (taxa de participação de 83%), maioritariamente do sexo masculino, com elevada dependência funcional, sendo a paralisia cerebral a patologia mais prevalente que motivou a institucionalização.

Obteve-se um valor de CPOD de 11,15, prevalência de cárie de 80%, IG de 1,71 e IHOS de 1,61.

A escovagem era maioritariamente realizada bdiariamente (90,0%) com auxílio de um funcionário (80,4%) e 40% dos utentes nunca realizaram consultas de saúde oral.

Apesar da maioria dos indivíduos terem apresentado alimentação de textura normal, uma elevada percentagem (40%) alimentava-se com alimentos de textura pastosa.

As variáveis que contribuíram significativamente para o estado de saúde oral foram o sexo ($p=0,002$), a faixa etária ($p<0,001$), o tipo de alimentação ($p= 0,020$ e $0,037$) e a capacidade funcional para a higiene oral ($p=0,049$).

Conclusão: As pessoas institucionalizadas com deficiência profunda apresentam um estado de saúde oral precário, com elevada prevalência de cárie, inflamação gengival moderada e nível de higiene oral razoável.

Palavras-chave: deficiência profunda; cárie; saúde periodontal; nível de higiene oral; tipo de alimentação; capacidade funcional

Abstract

Aim: The purpose of this study was to investigate the oral health status and its main determinants of an institutionalized profound disabled population.

Materials and Methods: The population of the study were the users of Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (CLS). The data collection was performed at the institution's premises and consisted of an intraoral examination and a survey made to the nursing team or to the caregivers responsible for the oral hygiene of the users.

In the intraoral examination, the index of decayed, missing and filled teeth (DMFT), gingival index (IG) and simplified oral hygiene index (IHOS) were evaluated.

The questionnaire allowed to obtain data about the behaviors related to oral hygiene and access to oral health care.

Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences - SPSS, version 23 (IBM Corp., 2015).

Results: The sample consisted of 55 individuals (83% participation rate), mostly male, with high functional dependence and cerebral palsy as the most prevalent pathology that motivated institutionalization.

A DMFT of 11.15, caries prevalence of 80%, GI of 1,71 and IHOS of 1,61 were found.

Brushing was mostly performed on a daily basis (90.0%) with the help of caregivers (80.4%), and there was a lack of medical follow-up in oral health care, with 40% of users never having oral health care.

Although most of the subjects' diet had a normal texture, a high percentage (40%) of them had a pasty textured diet.

The variables that contributed significantly to the oral health were gender ($p=0,002$), age ($p<0,001$), type of food ($p=0,020$ and $0,037$), and the functional capacity for oral hygiene ($p=0,049$).

Conclusion: Institutionalized people with profound disabilities have an alarmingly precarious oral health condition, with high prevalence of caries, moderate gingival inflammation and reasonable oral hygiene level.

Key words: profound deficiency; caries; periodontal health; oral hygiene level; type of food; functional capacity

Índice

I	Introdução	1
II	Objetivos.....	6
III	Materiais e Métodos.....	7
1	População e amostra do estudo	7
2	Recolha dos dados	7
3	Variáveis do estudo	9
4	Tratamento e análise estatística dos dados	9
5	Aspetos éticos	9
IV	Resultados.....	11
1	Caracterização da amostra.....	11
2	Prevalência e gravidade de cárie dentária	12
3	Estado de saúde periodontal e nível de higiene oral.....	13
4	Hábitos de higiene oral	14
5	Acesso a cuidados de saúde oral.....	15
6	Tipo de alimentação e capacidade funcional	15
7	Fatores associados à saúde oral.....	16
V	Discussão	18
1	Prevalência e gravidade de cárie dentária	18
2	Saúde periodontal e hábitos de higiene oral	19
3	Hábitos de higiene oral	19
4	Acesso a cuidados de saúde oral.....	20
5	Tipo de alimentação e capacidade funcional	21

6	Fatores associados à cárie dentária	23
7	Fatores associados ao nível de higiene oral.....	24
8	Promoção de saúde oral em pessoas com deficiência	25
VI	Conclusões	27
	Referências bibliográficas	29
	Apêndices	35

Lista de Figuras

Figura 1: Amostra do estudo	11
Figura 2: Distribuição pelos valores de CPOD	13
Figura 3: Distribuição pelos componentes de CPOD.....	13
Figura 4: Capacidade funcional para a higiene oral.....	16

Lista de Tabelas

Tabela 1: Variáveis em estudo	10
Tabela 2: Caracterização da amostra.....	12
Tabela 3: Saúde gengival e nível de higiene oral	14
Tabela 4: Caracterização dos hábitos de higiene oral	14
Tabela 5: Caracterização dos cuidados de saúde oral	15
Tabela 6: Relação entre as variáveis	17
Tabela 7: Comparação do CPOD com outros estudos	19

I - Introdução

A Organização Mundial Saúde (OMS), definiu deficiência como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou permanente (Amiralian e col., 2000; OMS, 2004).

A definição de deficiência tem vindo a ser alterada, com a introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF propõe um modelo em que a deficiência não tem como base uma condição médica, mas sim uma descrição detalhada das limitações funcionais, dentro de vários domínios (funções e estruturas do corpo, atividades e participação) e das suas relações com os fatores ambientais (OMS, 2004; Mont e Loeb, 2010).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) adotou o modelo proposto pelo *Washington Group on Disability Statistics* para a avaliação da funcionalidade através da avaliação do grau de dificuldade que a pessoa sente, na realização de determinadas atividades. Assim, relativamente a esta avaliação da funcionalidade foi proposta a pergunta “Tem dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender?”, com o objetivo de avaliar o domínio da cognição (INE, 2011).

Existem em Portugal 68.029 pessoas que “não conseguem compreender ou fazer-se entender” e 331.860 que apresentam muita dificuldade em realizar esta tarefa. Em particular na região do Alentejo, local da instituição de apoio a deficientes profundos onde se realizou a presente investigação, os mesmos números são, respetivamente, 5.436 e 28.361 (INE, 2011). Uma vez que não são avaliadas apenas pessoas com deficiência, os valores elevados que se verificam na região do Alentejo poderão estar associados ao envelhecimento.

Foram definidos vários níveis de gravidade da deficiência (Garcia, 2011), suportados por diferentes entidades, entre elas a *American Psychiatric Association* (APA) e a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) (Boat e Wo, 2015).

A definição de deficiência profunda mais recente foi proposta pela APA e classifica a gravidade de acordo com a capacidade para as atividades de vida diárias, sendo que na deficiência profunda os indivíduos não possuem capacidade para

executarem as suas atividades e necessitam de assistência em permanência (APA, 2013; Boat e Wo, 2015).

Estima-se que os indivíduos com deficiência profunda constituem 1,5% dos casos de deficiência e possuam normalmente síndromes congénitos (Boat e Wo, 2015). Estes indivíduos apresentam limitações físicas e intelectuais, com uma diminuição significativa na capacidade sensorial e na comunicação, sendo por isso dependentes de outros em quase todas as atividades (Carvalho e Maciel, 2003; Garcia, 2011).

A legislação nacional que caracteriza a deficiência profunda data de 1999 e define deficiência profunda como “a perda ou alteração prolongada de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, com grave compromisso de autonomia e difícil resposta a tratamento, correção e compensação” (Despacho conjunto nº 861/99, 1999).

Os portadores de deficiência profunda podem viver em lares residenciais, uma resposta social para alojar jovens ou adultos com deficiência que estejam temporária ou permanentemente impedidos de residir no seu meio familiar (MTSS, 2009), conforme definido na portaria nº 59/2015¹, de 2 de Março.

Em Portugal existem cerca 6171 pessoas a viverem em regime de lar residencial e em particular no distrito de Évora existe um total de 9 equipamentos, com capacidade para 228 utentes. O Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (CLS) é o único centro da região do Alentejo que acolhe exclusivamente indivíduos com deficiência profunda, dando resposta a cerca de 72 utentes (MTSSS, 2015).

Os indivíduos com deficiência profunda são um grupo de elevado risco relativamente à saúde, incluindo a saúde oral, sendo descritos como indivíduos que apresentam prevalências de cárie e de doença periodontal bastante significativas (Torres, 2009). Nestes indivíduos verificam-se maiores níveis de colonização oral de microrganismos patogénicos periodontais, bem como de microrganismos característicos das infeções respiratórias (Souza, Silva, Guaré e Santos, 2011).

¹ “**Artigo 6.º** 1 — O lar residencial destina-se a pessoas com deficiência e incapacidade, de idade igual ou superior a 16 anos: a) Que frequentem estabelecimentos de ensino, de formação profissional ou se encontrem enquadrados em programas ou projetos, em localidades fora da sua área de residência; b) Cujos familiares não os possam acolher; c) Que se encontrem em situação de isolamento e sem retaguarda familiar; d) Cujas famílias necessitem de apoio, designadamente em caso de doença ou necessidade de descanso. 2 — O lar residencial pode admitir temporariamente e com carácter de exceção, pessoas com idade inferior a 16 anos, em situação emergência, devidamente justificada, e quando se encontrem esgotadas as possibilidades de encaminhamento para outras respostas sociais mais adequadas.”

Devido à incapacidade física e mental que esta população apresenta, não está, na grande maioria dos casos, capacitada para remover adequadamente e de forma autónoma o biofilme dentário, ficando a sua higiene oral a cargo de cuidadores. No entanto, verifica-se que, de um modo geral, tanto os cuidadores como alguns dos poucos indivíduos que executam a sua própria higiene, não receberam as instruções adequadas para realizar a higiene oral e não utilizam os meios de remoção da placa bacteriana adequados à sua incapacidade (Santos, Biancardi, Guaré e Jardim, 2010).

Adicionalmente existe um elevado número de patologias prevalentes entre os indivíduos portadores de deficiência, podendo estas conduzir a uma diminuição do fluxo salivar e a um aumento do refluxo gastrointestinal, constituindo ameaças adicionais à saúde oral destes mesmos indivíduos (Santos, Siqueira e Nicolau 2007; Santos e col., 2011).

Por outro lado, a abordagem médica da deficiência também pode contribuir negativamente para a saúde oral (Torres, 2009). Nomeadamente a frequente utilização de fármacos xerostomizantes, com forte associação a hiperplasia gengival ou com elevado conteúdo de sacarose (Santos e col., 2010; Souza e col., 2011). De entre estes fármacos destacam-se os imunossuppressores, os bloqueadores dos canais de cálcio e os anticonvulsionantes.

Os indivíduos com deficiência podem também apresentar dificuldades de deglutição, sendo nestes casos necessário adaptar a textura da alimentação, de forma a que esta seja segura e não haja risco de aspiração. Assim, para estes pacientes recorre-se a outros tipos de textura alimentar para além da normal, como a triturada, a pastosa ou a líquida. É ainda possível recorrer a sondas para a alimentação, sendo as mais comuns as nasogástricas ou as gastrostomias endoscópicas percutâneas (PEG) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). Está descrito que a textura pastosa e a deglutição atípica podem contribuir para um pior estado de saúde oral (Souza e col., 2011).

Podem ainda contribuir para um pior estado de saúde oral destes indivíduos o uso prolongado de biberão (Souza e col., 2011), a presença de respiração oral, má oclusão e dieta cariogénica (Torres, 2009).

Sabe-se que o número de indivíduos com deficiência que vivem em comunidade e que necessitam de tratamentos dentários tem aumentado drasticamente (Glassman e Subar, 2009). A cárie dentária é a doença mais prevalente entre as crianças com

deficiência cognitiva e o tratamento dentário é a maior necessidade de saúde de pessoas com deficiência, podendo diminuir a sua qualidade de vida e gerar complicações no seu estado de saúde geral (Ordem dos Médicos Dentista [OMD], 2010; Sharma e col., 2016).

Provavelmente devido a vários outros problemas da saúde geral, a saúde oral não é percebida pelos cuidadores de pessoas com deficiência profunda como uma parte essencial da saúde geral e estima-se que mais de dois terços da população deficiente não receba nenhum acompanhamento ao nível da saúde oral (Bizarra, 2016).

Um outro aspeto importante e que tem sido bastante abordado na literatura é a dificuldade no tratamento de pacientes com necessidades especiais (Bizarra e Graça, 2010; Ruvière e col., 2010; Almeida-Marques, Beber, Cavalcanti, Guaré e Santos 2012; Queiroz e col., 2014). A pouca colaboração destes pacientes, associada às dificuldades de acesso a equipas multidisciplinares e a estruturas físicas adequadas, obrigam frequentemente à realização dos tratamentos sob sedação ou anestesia geral (Almeida-Marques e col., 2012). Por outro lado, verifica-se uma desigualdade na prestação de cuidados de saúde oral a pessoas portadoras de deficiência quando comparadas com a restante população, pois, para além das barreiras físicas, verifica-se também que muitos profissionais de saúde oral evitam o tratamento destes pacientes (Torres, 2009).

Esta dificuldade na execução de procedimentos curativos, demonstra a importância de uma abordagem preventiva em pessoas com deficiência (Rocha, 2009). Por estes motivos e com o objetivo de diminuir as desigualdades ao nível da saúde oral de pessoas com deficiência, foram implementados, em diversos países, uma série de programas que privilegiam a abordagem preventiva (Shyama, Al-Mutawa, Honkala e Honkala, 2003; Balzer, 2007; Glassman e Subar, 2010; Souza e col., 2011).

Em Portugal não são conhecidos programas de saúde oral especificamente direcionados a estas populações. O acesso ao “cheque dentista” integrado no Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) é escasso e difícil, pois apenas as crianças com deficiência que frequentam alguma instituição de ensino são abrangidas pelo PNPSO (OMD, 2010).

Para implementar alguma intervenção ao nível da prevenção e da promoção da saúde oral é necessário previamente obter informações que permitam caracterizar o estado de saúde oral. Embora existam alguns estudos realizados em Portugal sobre o

estado de saúde oral de pessoas portadoras de deficiência, estes são escassos e nenhum aborda especificamente os indivíduos portadores de deficiência profunda.

Ainda assim, através dos estudos portugueses, realizados é possível verificar que, em Portugal, as pessoas com deficiência apresentam um pior estado de saúde oral quando comparadas à restante população (Rocha, 2009; Bizarra e Graça, 2010; Bizarra, 2016).

Os estudos realizados em Portugal revelam um grande número de dentes extraídos e poucos tratamentos dentários realizados (Rocha, 2009; Bizarra, 2016). A prevalência de cárie é de quase 71% para crianças com necessidades especiais (Rocha, 2009), de 79% para indivíduos com paralisia cerebral a frequentar instituições de dia e de igual valor para indivíduos com paralisia cerebral institucionalizados (Bizarra, 2016).

Na consulta da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) para pacientes com necessidades especiais verifica-se, na primeira consulta, uma predominância de dentes cariados e, na última consulta, de dentes perdidos, além da presença de doença periodontal e da acumulação moderada de depósitos (Bizarra e Graça, 2010).

As conclusões de estudos realizados fora de Portugal são também unânimes ao referir que as pessoas com deficiência apresentam uma maior prevalência de cárie e de doenças periodontais. A gravidade de cárie, medida através do índice CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), é também referida como bastante elevada nesta população, sendo o componente “cariado” o que mais contribui para o valor do CPOD (Altun e col., 2010; Morgan e col., 2012; Costa, Bona e Trentin, 2016).

O presente estudo é, tanto quanto sabemos, o primeiro realizado em Portugal que aborda o estado de saúde oral de uma população de deficientes profundos institucionalizados. Além da avaliação do estado de saúde oral pretende-se ainda averiguar quais os seus fatores associados, de forma a facilitar a implementação de eventuais programas de promoção de saúde oral em pessoas com deficiência.

II – Objetivos

O objetivo geral deste estudo é investigar o estado de saúde oral de uma população institucionalizada constituída por indivíduos com deficiência profunda e os seus principais fatores associados.

Os objetivos específicos são:

- Determinar a prevalência e a gravidade de cárie;
- Determinar o estado de saúde periodontal e o nível de higiene oral;
- Caracterizar os hábitos de higiene oral;
- Avaliar o acesso a cuidados de saúde oral;
- Caracterizar o tipo de alimentação e a capacidade funcional;
- Relacionar o estado de saúde oral com características demográficas, hábitos de higiene oral, tipo de alimentação e a capacidade funcional para a higiene oral.

III - Materiais e Métodos

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo observacional transversal.

1. População e amostra do estudo

A população-alvo do estudo foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, institucionalizados no CLS por possuírem incapacidades físicas e mentais que comprometem significativamente a sua autonomia. Esta instituição compreendia, na altura da recolha de dados, 66 indivíduos institucionalizados, pelo que se considerou logisticamente possível incluir no estudo a totalidade da população.

Uma vez que todos os indivíduos institucionalizados eram deficientes profundos, os únicos critérios de exclusão consistiram na ausência de consentimento por parte do responsável pelo indivíduo com deficiência ou na não colaboração deste último durante a observação intraoral.

2. Recolha dos dados

O trabalho de campo realizou-se entre março e setembro de 2016. Os dados foram recolhidos por um único observador, a autora do estudo, através de um questionário e de um exame intraoral.

2.1. Questionário

O questionário (Apêndice 1) foi desenvolvido especificamente para este estudo, com base em questionários utilizados em outros estudos com características e objetivos semelhantes (Borrinho, 2014; Bizarra, 2016). Este instrumento permitiu recolher informação sobre os hábitos de higiene oral e o acesso a consultas e tratamentos de saúde oral, sendo constituído essencialmente por questões de resposta múltipla.

O questionário foi distribuído em papel sendo preenchido pela equipa de enfermagem ou pelos cuidadores responsáveis pela higiene oral dos utentes.

2.2 Exame intraoral

O exame intraoral foi realizado na própria instituição, numa sala destinada a esse efeito pelo CLS ou no próprio quarto dos utentes que se encontravam acamados.

Este exame foi realizado pela autora do estudo, mediante observação visual e inspeção tátil, com recurso a iluminação artificial. Os instrumentos utilizados consistiram em espelhos intraorais (ASA, ref.^a 2200E-5) e sondas CPI (ASA ref.^a 0702L-12S). Durante a observação todos os princípios de prevenção da infeção cruzada foram respeitados.

Através desta observação foi possível obter dados sobre cárie dentária, doença periodontal e nível de higiene oral.

Os dados recolhidos no exame intraoral foram registados numa ficha própria para o efeito (Apêndice 2) e incluíram o registo de cárie dentária segundo os critérios da OMS (World Health Organization [WHO], 2013), o Índice Gengival (IG) de Loe e Silness (Loe e Silness, 1963) e o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de Greene e Vermillion (Greene e Vermillion, 1964). Através da utilização deste registo foi possível determinar a prevalência e gravidade de cárie, utilizando o índice CPOD, a prevalência de inflamação gengival e também o nível de higiene oral.

O registo de cárie dentária foi realizado, tal como noutros estudos semelhantes, em 28 dentes, excluindo os terceiros molares (Pradahn, Slade e Spencer, 2009; Schulte, Freyer e Bissar 2013), uma vez que os participantes no estudo seriam na sua maioria incapazes de explicar a razão da extração destes dentes.

A autora do estudo foi previamente treinada e calibrada por uma investigadora com experiência em estudos epidemiológicos da cavidade oral.

No mesmo momento da realização do exame intraoral, foi registada a Medida de Independência Funcional (MIF) (Granger, Hamilton, Keith; Zielezny e Sherwin, 1986), que permite apurar o nível de dependência do utente para atividades diárias básicas e o índice *Activities of Daily Oral Hygiene* (ADOH) (Bauer, 2001), que permite avaliar o nível de capacidade funcional para a higiene oral.

Foi ainda solicitada à terapeuta da fala a listagem relativa ao tipo de alimentação que os utentes ingeriam.

3. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram agrupadas e encontram-se descritas na Tabela 1.

4. Tratamento e análise estatística dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a aplicação informática *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 23 (IBM Corp., 2015). A autora do estudo introduziu manualmente neste programa a informação recolhida através do questionário e do exame intraoral. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. No caso das variáveis numéricas foram também calculadas as medidas de localização central e de dispersão. A análise inferencial foi realizada através de testes não-paramétricos (qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) com um nível de significância de 0,05. Foi também estudada a variabilidade intraobservador através do teste Kappa (Landis e Koch, 1977), pois foi realizada a repetição do exame oral em cerca de 16% dos participantes do estudo (n=9). O valor do teste Kappa para o índice CPOD foi 0,924, correspondendo a concordância quase perfeita, para o IG foi de 0,639, correspondendo a concordância substancial e para o IHOS foi de 0,734, correspondendo a concordância substancial (Landis e Koch, 1977).

5. Aspetos éticos

Para a realização deste estudo foi obtida a autorização da direção do CLS (Apêndice 3), à qual foram explicados os objetivos e os procedimentos a desenvolver durante o mesmo.

Apesar da grande maioria da população desta investigação ser constituída por indivíduos adultos, alguns são considerados inabilitados para tomar as suas próprias decisões. Nestes casos são designados tutores legais pelo tribunal. Foi assim dirigido um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4) a todos os tutores dos utentes do CLS. Uma vez que todos os utentes se encontravam a residir no centro, este consentimento foi entregue aos tutores através da enfermeira, aquando da visita dos familiares. Aos utentes cuja tutoria está a cargo da direção do centro, o consentimento foi entregue e preenchido pela diretora da instituição. Aos utentes que não se encontravam inabilitados para tomar as suas próprias decisões o consentimento foi assinado pelo

próprio ou quando não sabiam ou estavam incapacitados de assinar foi recolhida a impressão digital (Apêndice 5).

Tabela 1: Variáveis do estudo			
	Designação da variável	Descrição e categorias da variável	Tipo de variável
Identificação e caracterização sociodemográfica	Idade	Número de anos completos na data da observação	quantitativa discreta, de razão
	Grupo etário	variável criada a partir da idade (“≤15”; “16-30”; “31-45”; “46-60”; “≥61”)	qualitativa ordinal
	Sexo	“feminino” ou “masculino”	qualitativa nominal
	Tempo de institucionalização	Número de anos completos desde a institucionalização até à data da observação	quantitativa discreta, de razão
Caracterização da deficiência, alimentação e capacidade funcional	Principal patologia que motivou a institucionalização	“abuso de substâncias”, “acidente vascular cerebral”, “défice cognitivo severo”, “distrofia muscular”, “hidrocefalia”, “lesão medular”, “multideficiência”, “paralisia cerebral”, “síndrome rara”, “tetraparésia”, “traumatismo crânio encefálico”, “tumor cerebral”, “patologia de origem desconhecida”, “perturbação psiquiátrica”, “outra”	qualitativa nominal
	Patologia associada	“nenhuma patologia”, “diabetes”, “epilepsia”, “hipertensão arterial”, “outra”	qualitativa nominal
	Tipo de alimentação	“normal”, “triturada”, “pastosa”, “líquida”, “PEG”	qualitativa nominal
	Medida de Independência Funcional (MIF)	Valor da MIF	quantitativa discreta, de razão
	Capacidade funcional para a higiene oral (ADOH)	“independência completa”, “necessita de utensílios para completar a tarefa”, “necessita de ajuda de menos de 50%”, “necessita de ajuda de mais de 50%”, “dependência total”	qualitativa nominal
Prevalência e gravidade da cárie	CPOD	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados	quantitativa discreta, de razão
	Presença de cárie (CPOD≠0)	“sim”, “não”	qualitativa nominal
	Dentes cariados	Número de dentes cariados	quantitativa discreta, de razão
	Dentes perdidos	Número de dentes perdidos	quantitativa discreta, de razão
	Dentes obturados	Número de dentes obturados	quantitativa discreta, de razão
Saúde gengival e nível de higiene oral	Índice Gengival (IG)	Valor do IG	quantitativa contínua, de razão
	Índice de Higiene Oral Simplificado – placa bacteriana (IHOS-PB)	Valor do componente de depósitos moles do IHOS	quantitativa contínua, de razão
	Índice de Higiene Oral Simplificado – cálculo (IHOS-C)	Valor do componente de depósitos duros do IHOS	quantitativa contínua, de razão
	Índice de Higiene Oral Simplificado – total (IHOS)	Valor global do IHOS	quantitativa contínua, de razão
Comportamentos de higiene oral	Frequência de escovagem	“não realiza”, “menos de uma vez por dia”, “uma vez por dia”, “duas ou mais vezes por dia”	qualitativa ordinal
	Auxílio para a realização da escovagem	“necessita”, “não necessita”	qualitativa nominal
	Colaboração na escovagem com auxílio	“colabora”, “não colabora, mas é possível escovar”, “não colabora e não é possível escovar”	qualitativa nominal
	Momentos da escovagem	“antes do pequeno almoço”, “depois do pequeno almoço”, “a meio da manhã”, “antes de almoço”, “depois de almoço”, “a meio da tarde”, “antes de jantar”, “depois do jantar”, “antes de adormecer”, “não escova os dentes”	qualitativa nominal
	Uso de meios adicionais de higiene oral	“sim”, “não”	qualitativa nominal
	Meios adicionais de higiene oral usados	“fio dentário”, “escovilhão”, “colutório”, “outro”	qualitativa nominal
Acesso a consultas de saúde oral	Frequência de realização de consultas de saúde oral	“regularmente”, “só quando tem queixas”	qualitativa nominal
	Tempo desde a última consulta	“menos de um ano”, “entre 1 e 3 anos”, “mais de 3 anos”, “nunca foi”	qualitativa ordinal
	Motivo da realização da última consulta de saúde oral	“consulta de urgência”, “extrair ou tratar um dente”, “consulta anual de prevenção”, “conhecer o estado de saúde da boca”, “realizar uma limpeza ou colocar selantes”, “nunca foi ao dentista”	qualitativa nominal
	Motivo de não ter realizado consulta de saúde oral há menos de um ano	“custo elevado”, “dificuldade no deslocamento”, “profissionais de saúde pouco receptivos”, “não iria colaborar no tratamento”	qualitativa nominal

IV – Resultados

1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 55 indivíduos, correspondendo a uma taxa de participação de 83%. Dos 66 utentes que frequentavam o CLS, 11 não participaram no estudo, devido a não apresentarem o consentimento informado assinado (Figura 1).

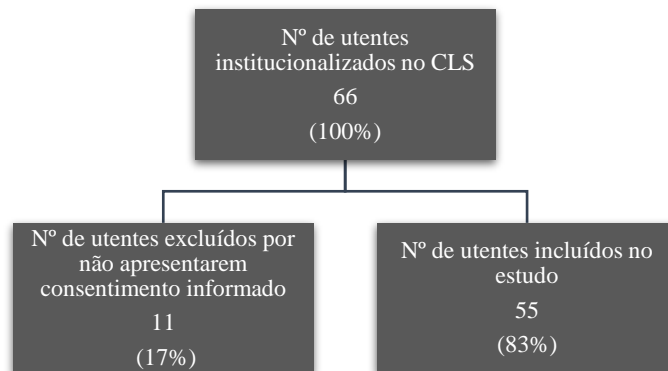


Figura 1: População e amostra do estudo

A caracterização da amostra por faixa etária, sexo, tempo de institucionalização, patologia que motivou a institucionalização e patologias associadas encontra-se descrita na Tabela 2. A média de idade dos participantes foi 37,7, com um desvio-padrão (dp) de 17,3. A maioria dos utentes era do sexo masculino e a patologia mais prevalente que motivou a institucionalização foi a paralisia cerebral, verificando-se também uma elevada prevalência de epilepsia nesta população.

Tabela 2: Caracterização da amostra (n=55)		
	n	%
Faixa etária (anos completos)		
0 a 15	11	20,0
16 a 30	10	18,2
31 a 45	15	27,3
46 a 60	16	29,1
mais de 61	3	5,5
Sexo		
Feminino	20	36,4
Masculino	35	63,6
Tempo de institucionalização (anos)		
< 1	1	1,8
1	27	49,1
2	25	45,5
3	2	3,6
Principal patologia que motivou a institucionalização		
AVC	5	9,1
Défice cognitivo severo	15	27,3
Distrofia muscular	2	3,6
Hidrocefalia	2	3,6
Lesão medular	4	7,3
Paralisia cerebral	16	29,1
Síndrome rara	1	1,8
Tetraparésia	4	7,3
Traumatismo crânio encefálico	3	5,5
Tumor cerebral	1	1,8
Síndrome de Down	1	1,8
Encefalite	1	1,8
Patologias associadas		
Epilepsia	29	52,7
Diabetes	4	7,3
Hipertensão arterial	7	12,7
Outra patologia	31	56,4
Sem outra patologia associada	9	16,4

2. Prevalência e gravidade de cárie dentária

A prevalência de cárie na dentição definitiva foi de 80 % e o valor médio do CPOD foi de 11,15 (dp=10,06).

O valor máximo encontrado do CPOD foi de 28 e o mínimo de 0, com uma moda de 0 e mediana de 8 (Tabela 3 e Figura 2). O componente do CPOD que mais contribuiu para o mesmo foi o componente “P” (56%) (Figura 3).

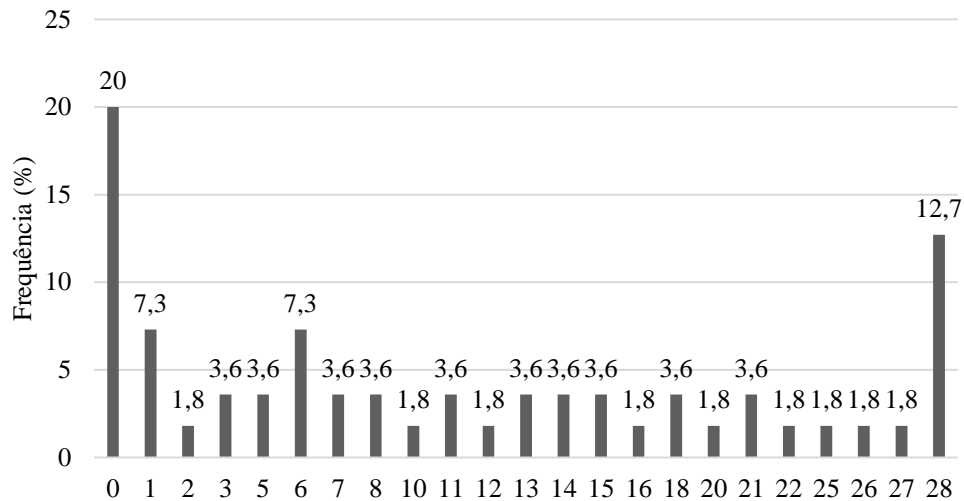


Figura 2: Distribuição dos participantes pelos valores de CPOD (n=55)

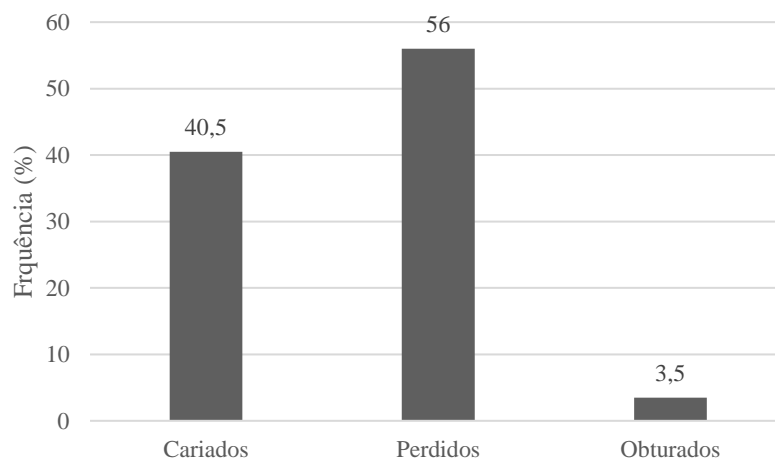


Figura 3: Distribuição do valor do CPOD pelos seus componentes (n=605).

3. Estado de saúde periodontal e nível de higiene oral

Do total de utentes do CLS que participaram no estudo, foi possível realizar o IG e o IHOS em 48 utentes (Tabela 3). Estes índices não foram avaliados em indivíduos desdentados totais, em indivíduos cujos dentes índice, e os seus substitutos, foram extraídos ou em indivíduos em que a totalidade da coroa dos dentes índice, e dos seus substitutos, se encontrava destruída por cárie.

Obteve-se um IG de 1,71 (dp = 0,73), correspondendo à categoria inflamação moderada e um IHOS total de 1,61, correspondendo a um nível de higiene oral razoável.

No IHOS total, o componente que mais contribuiu para o valor total foi o componente “placa bacteriana”.

Tabela 3: Saúde gengival e nível de higiene oral

	IG	IHOS-placa bacteriana	IHOS – cálculo	IHOS – total
Média (dp)	1,71 (0,73)	1,81 (0,74)	1,35 (0,74)	1,61 (0,70)
Mediana	1,56	1,83	1,2	1,54
Moda	1	2	1	1,50
Mínimo	0,25	0	0	0,25
Máximo	3	3	3	3

4. Hábitos de higiene oral

A grande maioria dos utentes do CLS escovava os dentes duas ou mais vezes por dia (90,9%), com o auxílio de um funcionário (80,4%), sendo os momentos do dia mais frequentes desta escovagem “antes do pequeno-almoço” (89,1%) e “após o jantar” (81,8%). Apenas três utentes (5,5%) utilizavam meios adicionais de higiene oral (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização dos hábitos de higiene oral

	n	%
Frequência da escovagem (n=55)		
Não escova	4	7,3
1 vez por dia	1	1,8
2 vezes ou mais por dia	50	90,9
Auxílio para a realização da escovagem (n=51)		
Autónoma	10	19,6
Com auxílio	41	80,4
Colaboração na escovagem com auxílio de um funcionário (n=41)		
Colabora	18	43,9
Não colabora, mas escova	16	39,0
Não colabora e não escova	7	17,1
Momentos em que é realizada a escovagem		
Antes do pequeno-almoço	49	89,1
Entre o pequeno-almoço e o almoço	2	3,6
Entre o almoço e o jantar	1	1,8
Depois do jantar	45	81,8
Antes de adormecer	4	7,3
Utilização de meios adicionais de higiene oral (n=55)		
Sim	3	5,5
Não	52	94,5
Meios adicionais de higiene oral utilizados (n=3)		
Colutório	3	100
Fio dentário	0	0
Escovilhão	0	0

5. Acesso a cuidados de saúde oral

Praticamente todos os utentes (94,5%) do CLS só procuraram ajuda profissional quando existia algum problema ou dor e 40% dos utentes nunca realizaram uma consulta de saúde oral.

A principal barreira à realização de consultas de saúde oral foi a dificuldade no deslocamento e o motivo mais referido para a última consulta foi “extrair ou tratar um dente” (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização dos cuidados de saúde oral

	n	%
Frequência de realização de consultas de saúde oral (n=55)		
Pelo menos 1 vez por ano	3	5,5
Só quando existe algum problema ou dor	52	94,5
Tempo decorrido desde a última consulta de saúde oral (n=55)		
Menos de um ano	3	5,5
Entre 1 e 3 anos	2	3,6
Há mais de 3 anos	28	50,9
Nunca foi	22	40,0
Motivo da realização da última consulta de saúde oral (n=55)		
Consulta de urgência	4	7,3
Extrair ou tratar um dente	12	21,8
Conhecer o estado de saúde da boca	1	1,8
Realizar uma limpeza ou colocar selantes	2	3,6
Nunca foi ao dentista	20	36,4
Não sabe	16	29,1
Motivo de não ter realizado consulta de saúde oral há menos de um ano (n=53)		
Custo elevado	18	34,0
Dificuldade no deslocamento	20	37,7
Profissionais de saúde pouco recetivos	1	1,9
Não iria colaborar no tratamento	10	18,9
Outro	4	7,5

6. Tipo de alimentação e capacidade funcional

Embora a maioria dos indivíduos apresentasse uma alimentação com textura normal (50,9%), é de salientar a elevada percentagem de utentes (40%) que se alimentavam com alimentos de textura pastosa. Os restantes indivíduos (9,1%) alimentavam-se através de PEG.

Quanto à capacidade funcional, a média de MIF foi de 36,02 (dp= 21,742), sendo o valor mínimo 18 e o máximo 93.

Relativamente à capacidade funcional para a higiene oral foi obtida uma média de 3,13 (dp=1,53) no índice ADOH, verificando-se que 70,9% dos indivíduos apresentava dependência total (Figura 4).

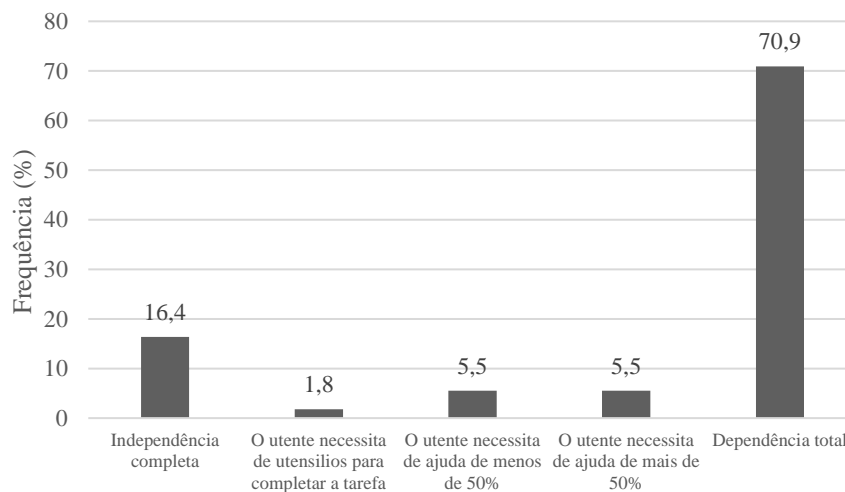


Figura 4: Capacidade funcional para a higiene oral (n=55).

7. Fatores associados à saúde oral

Na Tabela 6 são apresentados os resultados do estudo das relações entre a saúde oral e alguns fatores associados.

Pode destacar-se que os utentes com alimentação por PEG apresentam uma prevalência de cárie significativamente menor que os utentes com alimentação de textura normal ou pastosa ($p=0,037$).

Verifica-se ainda que os utentes mais velhos apresentaram um valor mais elevado do CPOD ($p<0,001$).

O valor do índice CPOD foi significativamente menor nos utentes com dependência total ($p=0,049$).

O valor do índice IHOS foi significativamente mais elevado no sexo feminino ($p=0,002$) e nos utentes com alimentação de consistência pastosa ($p=0,020$).

Tabela 6: Fatores associados à saúde oral						
	Prevalência de cárie % (n)		CPOD		IHOS - Total	
Sexo						
Feminino (n=20)	75,0% (15)	p= 0,483 •	9,60	p= 0,379 ••	2,01	p= 0,002* ••
Masculino (n=35)	82,9% (29)		12,06		1,37	
Faixa etária						
0 a 15 anos (n=11)	63,6% (7)		2,82 ^a		1,43	
16 a 30 anos (n=10)	60,0% (6)	p= 0,116 •	3,00 ^a	p< 0,001* •••	1,81	p= 0,819 •••
31 a 45 anos (n=15)	86,7% (13)		12,07 ^b		1,57	
46 a 60 anos (n=16)	93,8% (15)		18,63 ^c		1,67	
≥ 61 anos (n=3)	100% (3)		24,67 ^c		1,50	
Frequência de escovagem						
Não escova (n=4)	75,0% (3)	p= 0,795 •	14,5	p= 0,673 ••	2,46	p= 0,160 ••
Escova (n=51)	80,4% (41)		10,9		1,57	
Auxílio para a realização da escovagem						
Autónomo (n=10)	100% (10)	p= 0,082 •	12,70	p= 0,411 ••	1,28	p= 0,102 ••
Com auxílio (n=41)	75,6% (31)		10,46		1,65	
Colaboração na escovagem						
Colabora (n=18)	72,2% (13)	p= 0,778 •	9,72	p= 0,869 •••	1,66	p= 0,806 •••
Não colabora, mas escova (n=16)	75,0% (12)		11,50		1,56	
Não colabora e não escova (n=7)	85,7% (6)		10,00		1,84	
Tipo de alimentação						
Textura normal (n=28)	89,3% (25)	p= 0,037* •	13,11	p= 0,142 •••	1,33 ^a	p= 0,020* •••
Textura pastosa (n=22)	77,3% (17)		10,05		1,97 ^b	
PEG (n=5)	40,0% (2)		5,20		1,57 ^{a,b}	
Capacidade funcional para a higiene oral						
Independência (n=9)	100% (9)		10,67 ^{a,b}		1,22	
Necessita de utensílios (n=1)	100% (1)	p= 0,228 •	27,00 ^{a,b}	p= 0,049* •••	1,63	p= 0,362 •••
Necessita de ajuda - menos de 50% (n=3)	100% (3)		18,33 ^{a,b}		1,60	
Necessita de ajuda - mais de 50% (n=3)	100% (3)		24,67 ^a		1,60	
Dependência total (n=39)	71,8% (28)		9,28 ^b		1,71	

*Valores estatisticamente significativos.

●Teste de Qui-quadrado ●●Teste de Mann-Whitney ●●●Teste de Kruskal-Wallis

As letras diferentes correspondem a grupos significativamente diferentes.

V – Discussão

O estado de saúde oral dos utentes de instituições para pessoas com deficiência é raramente avaliado (Vanobbergen e Visschere, 2005). No entanto, esta avaliação é importante de modo a serem implementadas intervenções ao nível da prevenção primária e da promoção da saúde oral nestas populações.

A criação de programas dirigidos aos grupos populacionais mais desfavorecidos, favorecendo-lhe o acesso aos serviços de saúde, permite a obtenção de equidade em saúde e deve ser um dos objetivos principais das políticas de saúde pública (Carneiro e Silveira, 2003; Freire, 2011).

A população deste estudo foi integralmente constituída por deficientes profundos que se encontravam a residir numa instituição, dependendo de cuidadores para todas ou praticamente todas as suas atividades básicas, distinguindo-se desta forma da maioria dos outros estudos realizados em pessoas com deficiência.

Considerando a elevada taxa de participação (83%) e que a grande maioria dos indivíduos com deficiência profunda se encontra institucionalizada, sendo este o único centro da região do Alentejo que acolhe este tipo de doentes, podemos extrapolar os resultados obtidos para esta região e para outras populações com características semelhantes.

1. Prevalência e gravidade de cárie dentária

Na amostra do estudo a prevalência e gravidade de cárie foi elevada, sendo o componente “P” (56%) o que mais contribuiu e o componente “O” (3,5%) o que menos contribuiu para estes valores. Estes resultados parecem ser indicativos de que nas pessoas com deficiência é mais frequente realizar extrações de dentes do que a sua restauração. Morgan e os seus colaboradores (2012) defenderam que o número de dentes perdidos pode aumentar devido às dificuldades no tratamento, devido à fragilidade médica, como também devido ao difícil controlo do comportamento destes indivíduos.

O valor médio do CPOD encontrado no presente estudo é mais alto do que aqueles verificados noutros estudos com pessoas com deficiência (Oredugba e Akindayomi, 2008; Pradhan e col., 2009; Rocha, 2009; Altun e col., 2010; Bizarra e Graça, 2010;

Bizarra, 2016) (Tabela 7), podendo refletir uma maior predisposição dos deficientes profundos para o desenvolvimento de lesões de cárie.

Tabela 7: Comparação da prevalência e gravidade de cárie com outros estudos		
	CPOD	Prevalência de cárie
Esteves, 2017 (presente estudo)	11,15	80,0%
Bizarra, 2016	7,21	78,9%
Pradhan e col., 2009	5,2	76,3%
Rocha, 2009	3,48	70,97%
Bizarra e Graça, 2010	2,9	Não refere
Altun e col., 2010	2,68	Não refere
Oredugba e Akindayomi, 2008	0,4	33,3%

2. Saúde periodontal e nível de higiene oral

O IG médio (1,71) corresponde a inflamação moderada e o IHOS total (1,61) corresponde a um nível de higiene oral razoável, sendo que o componente que mais contribuiu para este último valor foi a “placa bacteriana”. No estudo realizado por Bizarra (2016) em pessoas com paralisia cerebral, verificou-se um valor médio de IG menor (1,56), no entanto, um valor médio do índice IHOS superior (2,75) aos do presente estudo. Em crianças com paralisia cerebral verificaram-se valores médios de IHOS e IG mais elevados quando comparados com os de crianças saudáveis, refletindo uma maior acumulação de placa bacteriana e cálculo e maior inflamação gengival (Guaré e Ciampioni, 2004).

3. Hábitos de higiene oral

Tendo em conta que a população do estudo é constituída por deficientes profundos institucionalizados e, na sua maioria, dependentes de um funcionário para a realização da higiene oral (80,4%), os momentos e a frequência da escovagem não variam muito entre os indivíduos, pois são estabelecidos pelo centro, de acordo com o horário estipulado para a higiene dos utentes. É de salientar ainda que, apesar da escovagem no CLS ser realizada duas vezes por dia, por uma questão de facilidade logística, uma dessas vezes é após o jantar, sendo que grande parte dos utentes ainda ingere uma ceia. Desta forma, verifica-se a permanência de restos alimentares durante o período noturno, potenciando o risco de desenvolvimento de lesões de cárie.

Segundo Vanobbergen e Visschere (2005) as instituições com maior número de utentes ou com utentes com maior dependência tendem a ter piores práticas de higiene oral. Na instituição estudada vivem permanentemente um grande número de utentes, com níveis de dependência bastante elevados. Ainda assim, foi possível constatar, durante as visitas ao centro, uma forte motivação dos funcionários para proporcionarem uma higiene oral correta aos utentes a seu cargo. No entanto, 17,1% dos utentes não permitem a realização da escovagem pelo funcionário, apenas três utentes (5,5%) utilizavam colutório como meio adicional de higiene oral e nenhum utente do CLS referiu qualquer método de remoção da placa interproximal, revelando uma lacuna na higiene oral dos utentes. Estes tópicos seriam importantes incluir numa estratégia preventiva que envolvesse os funcionários da instituição estudada motivando e instruindo os cuidadores para a prestação de melhores cuidados de saúde oral.

Segundo Rosendo (2012), os cuidadores são indispensáveis para a manutenção de níveis adequados de higiene oral, sobretudo nos utentes com maior nível de dependência. O mesmo autor defende como principal obstáculo para a não realização de escovagem, a falta de colaboração dos utentes, sendo as maiores dificuldades identificadas pelos cuidadores, a “dificuldade em abrir a boca”, “trincar a escova” e “engolir pasta de dentes”.

4. Acesso a cuidados de saúde oral

Na população estudada, praticamente todos os utentes (94,5%) só procuraram ajuda profissional quando existia algum problema ou dor, sendo a principal barreira à realização de consultas de saúde oral, a dificuldade no deslocamento.

É importante referir que 40% dos utentes nunca realizaram uma consulta de saúde oral e de entre dos utentes que já realizaram consultas de saúde oral, 50,9% não são acompanhados há mais de 3 anos.

No estudo realizado por Rocha (2009), em crianças com necessidade educativas especiais, 45,16% nunca foram consultadas por um médico dentista, um valor semelhante ao presente estudo e 58,06% não era acompanhado regularmente numa consulta de saúde oral. O estudo de Bizarra (2016) apresentou uma percentagem baixa de pessoas que nunca realizaram uma consulta de saúde oral (12,9%), acrescentando ainda que as pessoas que realizaram consultas há menos de 6 meses são as que mais frequentam a consulta da

FMDUL para pessoas com necessidades especiais, colocando-se assim a hipótese de que a proximidade a clínicas ou instituições com profissionais mais preparados para atender este tipo de população promove a realização de consultas mais regulares.

Também no estudo de Queiroz e colaboradores (2014), realizado em crianças com necessidades especiais, apenas 24,6 % das crianças nunca tinham realizado qualquer tratamento de saúde oral, um valor bastante inferior ao deste estudo. Ainda assim, 78,9% dos responsáveis afirmaram que o seu filho ainda apresentava necessidades de tratamento, sendo apontados como principais entraves o elevado custo das consultas e a dificuldade em encontrar um médico dentista que atenda pessoas com necessidades especiais.

Tratando-se de um centro de deficientes profundos, em que a grande maioria se encontra acamada, é fácil entender esta diferença na resposta à questão acerca da principal barreira para a realização de consultas de saúde oral, já que o transporte desta população exige carrinhas, equipamentos específicos e pessoal que acompanhe o transporte.

As dificuldades no acesso a cuidados de saúde oral pelas pessoas com deficiência (Rocha, 2009; Bizarra, 2016), podem refletir-se num deficiente acompanhamento ao nível da saúde oral e ainda na presença de situações mais complexas que podem resultar na extração dos dentes.

5. Tipo de alimentação e capacidade funcional

São poucos os estudos que fazem referência ao tipo de alimentação em pessoas com deficiência e à sua relação com a saúde oral.

Apesar da maioria dos participantes efetuar uma alimentação com textura normal (50,9%), é de evidenciar a elevada percentagem de indivíduos que fazem uma alimentação pastosa (40%).

No estudo realizado por Bizarra (2016), 49,8% dos indivíduos faziam uma alimentação de consistência normal, 31,2% faziam uma alimentação semissólida, em que os alimentos são muito partidos, 15,8% comiam apenas puré ou papa, 0,9% faziam alimentação líquida e 2,3% faziam alimentação por gastrotomia.

É ainda de referir que as refeições são preparadas por uma empresa de restauração, com aconselhamento nutricional, verificando-se assim um baixo consumo de açúcares pelos utentes.

Em relação à capacidade funcional esta foi, por conveniência, avaliada através da MIF, uma vez que este índice é avaliado no CLS pela equipa de terapia ocupacional. Obteve-se uma média de 36,02, correspondendo a dependência modificada (o utente necessita de assistência de cerca de 50% da tarefa).

Nos utentes que frequentam a consulta da FMDUL para pessoas com necessidades especiais, 55,5% necessitava de auxílio para tarefas da vida diária (comer, vestir) e 10% desloca-se em cadeira de rodas (Bizarra e Graça, 2010). No presente estudo, apesar de ter sido obtido apenas o valor final da MIF, verificou-se na prática que todos os utentes apresentavam limitações motoras e que praticamente a totalidade dos utentes se encontram acamados ou se deslocavam em cadeira de rodas.

A MIF tem sido avaliada em alguns estudos com pessoas com incapacidades. No estudo de Riberto e colaboradores (2004), em pacientes com lesão encefálica, a média da MIF foi 80,3 antes de iniciar reabilitação e 92,9 após a reabilitação, valores bastante superiores aos apresentados neste estudo.

Também o estudo de Bizinotto e colaboradores (2010), em crianças com paralisia cerebral espástica, apresenta uma média da MIF superior a este estudo (61,4), demonstrando assim a elevada dependência da população estudada.

A capacidade para a realização de atividades de higiene oral foi avaliada através do índice ADOH, no qual se obteve uma média de 3,13. Este valor encontra-se entre a assistência total para a higiene oral e a necessidade de assistência de mais de 50%.

O índice ADOH tem sido essencialmente aplicado a idosos, tendo sido obtida uma média de 2,45 no estudo de Ruiz-Medina e colaboradores (2005) em idosos institucionalizados.

No estudo de Philip e colaboradores (2012), em idosos com demência, 51,2% foram considerados incapazes de realizar a sua própria higiene oral, pelo contrário no estudo de Matsumoto (2008) em idosos residentes em lares de terceira idade 53,2% foram considerados independentes.

Verifica-se assim uma correspondência no valor da MIF para a realização de atividades funcionais e no valor ADOH para a realização de atividades de higiene oral, salientando-se a elevada dependência dos utentes do CLS.

6. Fatores associados à cárie dentária

A maioria dos estudos defende um incremento da cárie dentária com o aumento da idade (Pradhan e col., 2009; Rocha, 2009; Morgan e col., 2012; Bizarra, 2016), tal como se verificou neste estudo em que os utentes com mais de 30 anos apresentavam valores mais elevados de CPOD, quando comparados com os utentes mais novos, sendo esta diferença estatisticamente significativa e devendo-se essencialmente ao maior número de dentes perdidos nos utentes mais velhos. No que diz respeito à prevalência de cárie apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas verifica-se também um aumento desta com o aumento da idade.

Este facto pode ser facilmente explicado com base no maior tempo de exposição aos fatores etiológicos da cárie dentária. Outro fator que costuma ocorrer é o agravamento da patologia do doente com o aumento da idade, o que, ao se verificar, pode contribuir para uma maior incapacidade em manter uma boa higiene oral e consequentemente um maior número de dentes cariados, tal como também é defendido por Rocha (2009).

No que diz respeito ao tipo de alimentação verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na prevalência de cárie, verificando-se uma menor prevalência nos utentes que se alimentam por PEG. Pelo contrário, nos utentes que se alimentam por via oral, a prevalência de cárie é bastante maior, com percentagens semelhantes para a textura normal ou pastosa. No que diz respeito ao CPOD não se verificou diferença estatística, no entanto, o valor de CPOD é também menor nos utentes que se alimentam por PEG.

Previtali e os seus colaboradores (2012) concluíram que os indivíduos com paralisia cerebral que se alimentam por via oral, quando comparados aos que se alimentam por sonda gástrica, apresentam um maior risco para a cárie dentária, tal como também foi observado neste estudo.

A alimentação por via oral favorece a acumulação de placa bacteriana, a qual, não sendo eliminada, promove o desenvolvimento de lesões de cárie.

Bizarra (2016) defende que uma alimentação líquida ou pastosa e, por vezes, com adição de suplementos nutricionais com base açucarada, tem maior potencial cariogénico.

Na capacidade funcional para a higiene oral verificou-se uma diferença estatística no valor de CPOD, no entanto não se verificou relação com a prevalência de cárie. Curiosamente são os utentes com dependência total ou independência total aqueles que apresentam menores valores, tanto na prevalência de cárie como no CPOD. Não foram encontrados estudos que comparem o estado de saúde oral de pessoas com deficiência com este índice.

7. Fatores associados ao nível de higiene oral

Verificou-se um valor mais elevado do índice IHOS no sexo feminino, em relação ao sexo masculino, sendo esta diferença estatisticamente significativa. O contrário foi verificado por Oredugba e Akindayomi (2008) sem, no entanto, ter verificado diferenças estatisticamente significativas.

Verificou-se que os utentes com alimentação pastosa são aqueles que apresentam maior valor do índice IHOS, quando comparados aos utentes que se alimentam com PEG ou com consistência normal. Esta diferença é estatisticamente significativa e poderá estar relacionada com o facto da alimentação pastosa se depositar mais facilmente, favorecendo a formação de placa bacteriana. Outro fator que se pode sugerir é a mastigação e a trituração dos alimentos favorecer a eliminação da placa bacteriana.

Os estudos de Previtali e colaboradores (2012) e Bizarra (2016) contrariam os deste estudo, já que em ambos, os indivíduos com paralisia cerebral que se alimentam por sonda gástrica apresentam valores do índice IHOS significativamente maiores quando comparados com indivíduos com paralisia cerebral que se alimentam por via oral.

Na relação entre a capacidade funcional para a higiene oral e o valor do índice IHOS não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, os utentes com dependência total são aqueles que apresentam um valor de IHOS mais elevado, quando comparados com os que apresentam independência total, sendo ambos correspondentes a um nível de higiene oral razoável.

Apesar de não terem sido encontrados artigos que relacionassem os índices IHOS e ADOH, Philip e colaboradores (2012) sugere no seu estudo que os idosos com demência

a viverem em lares apresentam níveis de placa (índice de placa de O’Leary) mais elevados quanto maior for o valor do índice ADOH.

8. Considerações sobre a promoção de saúde oral em pessoas com deficiência

Os défices na prestação de cuidados de saúde oral a deficientes profundos podem colocar em risco a qualidade de vida destes indivíduos. Sabe-se que a saúde oral destas pessoas é normalmente precária e que, muitas vezes, não conseguem sequer exprimir o desconforto ou a dor que sentem. É urgente sensibilizar tanto os cuidadores como as direções das instituições para esta problemática, de forma a desenvolver estratégias que permitam reverter a situação que se verifica.

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (2010), é fundamental integrar os cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, entendendo-se a promoção da saúde como forma de garantir a sustentabilidade do sistema e apostando em determinadas faixas e sectores da população, entre os quais os portadores de deficiência, tanto nas escolas como nos centros de acolhimento.

A elevada taxa de participação neste estudo (83%) também demonstrou uma predisposição dos cuidadores/representantes legais para a realização de programas de saúde oral dirigidos a pessoas com deficiência profunda.

A eficácia dos programas de saúde oral em pessoas com deficiência tem sido comprovada por diversos autores, em programas desenvolvidos em diferentes países (Glassman e Subar, 2010; Morgan e col., 2012).

Glassman e Subar (2010) propuseram um plano de intervenção direcionado a pessoas com deficiência nos EUA, já que a percentagem de pessoas dependentes tem aumentado drasticamente neste país. Aquele autor defende que é essencial estabelecer estratégias, sobretudo para a população que vive em instituições, constituindo esta um verdadeiro desafio na prestação de cuidados de saúde oral.

Morgan e os seus colaboradores (2012) defendem ainda que, mesmo com programas especializados para pessoas com deficiência, esta população apresenta um elevado risco para o desenvolvimento de doenças orais, pelo que são necessários estudos

para identificar e desenvolver estratégias baseadas no risco, reforçando assim a importância da prevenção primária.

Em Portugal apesar de não existir qualquer programa direcionado a deficientes profundos, Bizarra e Graça (2010) defendem a integração dos profissionais de saúde oral em equipas inter e multidisciplinares num sistema permanente, público e especializado capaz de tratar qualquer tipo de paciente com qualquer tipo de deficiência.

VI – Conclusões

Com base nos resultados deste estudo, podemos tirar as seguintes conclusões:

- As pessoas com deficiência profunda apresentam estado geral de saúde oral precário;
- A prevalência de cárie foi muito elevada, tal como o valor do índice CPOD e o número de dentes cariados e perdidos. Pelo contrário verifica-se um baixo valor para o número de dentes obturados.
- O nível de higiene oral da população em estudo foi considerado razoável, no entanto, observou-se inflamação gengival moderada;
- A escovagem é maioritariamente realizada bidariamente com auxílio de um funcionário. No entanto, nenhum utente do CLS utiliza qualquer meio de remoção da placa interproximal.
- O acesso a cuidados de saúde oral é muito escasso, ocorrendo apenas quando existe dor ou desconforto, mostrando uma população com falta de acompanhamento a este nível;
- Os utentes do CLS apresentam sobretudo alimentação com textura normal, apesar da elevada prevalência de utentes com alimentação de textura pastosa;
- A maioria dos utentes apresenta dependência modificada e assistência total para a higiene oral;
- Os utentes mais velhos apresentam um valor mais elevado para o índice CPOD em relação aos utentes de faixas etárias mais baixas;
- Os utentes que se alimentam por PEG são os que apresentam menor prevalência de cárie;
- Os utentes com dependência total para a higiene oral apresentam um valor do índice CPOD mais baixo que os restantes utentes;
- Os utentes do sexo feminino apresentam um valor do índice IHOS mais elevado que os utentes do sexo masculino;

- Os utentes com alimentação de consistência pastosa apresentam um valor do índice IHOS mais elevado, no entanto, apresentam uma menor prevalência de cárie que os utentes com alimentação de textura normal.

Referências bibliográficas

- Almeida-Marques R, Beber AJ, Cavalcanti Y, Guaré R, Santos M. Evidência científica da pesquisa odontológica brasileira em pacientes com necessidades especiais. *RPG Rev Pós Grad.* 2012;19(2):107 - 12.
- Altun C, Guven G, Akgun O, Akkurt M, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent.* 2010;4(4):361-6.
- Amiralian M, Pinto E, Ghirardi M, Lichtig I, Masini E, Pasqualin L. The concept of disability. *Rev Saude Publica.* 2000;34(1):97-6.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V): American Psychiatric Association. 5 ed. 2013.
- Balzer J. Improving systems of care for people with special needs: the ASTDD Best Practices Project. *Pediatr Dent.* 2007;29(2):123-8.
- Bauer J. The index of ADOH: concept of measuring oral self-care functioning in the elderly. *Spec Care Dentist.* 2001;21(2):63-7.
- Bizarra M, Graça S. O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da FMD-UL. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2010;51:69-5.
- Bizarra M. Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Cerebral no Distrito de Lisboa. Lisboa: Tese de Doutoramento - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2016.
- Bizinotto T, Cunha J, Formiga C. Independência Funcional e Classificação da Função Motora de Pacientes com Paralisia Cerebral Espástica Submetidos à Aplicação da Toxina Botulínica do Tipo A. *Anais do VIII Seminário de Iniciação Científica;* 2010.
- Boat T, Wu J. Mental Disorders and Disabilities Among Low- Income Children. Washington, DC: The National Academies Press; 2015.

Borrvalho S. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa. Lisboa: Tese de Doutoramento - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2014.

Carneiro N, Silveira C. Primary health care organization in the context of social exclusion/inclusion processes. *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1827-35.

Carvalho E, Maciel D. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*. 2003;11(2):147-56.

Costa A, Bona A, Trentin MS. Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. *Braz Dent J*. 2016;27(1):52-5.

Despacho conjunto nº 861/99. *Diário da República* nº 235 - II série, (1999).

DGS. Nutrição e Deficiência(s): Direção Geral de Saúde; 2015.

Freire A. Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Garcia A. O deficiente intelectual nos centros de actividades ocupacionais da Região Autónoma da Madeira: inclusão social e autonomia. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett Lisboa; 2011.

Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. *Dent Clin North Am*. 2009;53(2):195-205, vii-viii.

Glassman P, Subar P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. *J Public Health Dent*. 2010;70 Suppl 1:S40-8.

Granger C, Hamilton B, Keith R, Zielezny M, Sherwin F. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Topics in geriatric rehabilitation. 1986; 1(3): 59-74.

Greene J, Vermillion J. The Simplified Oral Hygiene Index. JADA. 1964;68(12):7-13.

Guaré R, Ciampioni A. Prevalence of Periodontal Disease in the Primary Dentition of Children with Cerebral Palsy. Journal of Dentistry for Children. 2004;71(1).

INE. Censos 2011- Preparação, Metodologia e Conceitos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2011.

Landis R, Koch G. The Measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand. 1963;21:533-51.

Matsumoto M. Versão Brasileira do Índice de Atividades Diárias da Higiene Oral: Tradução, Aplicação e Validação em Idosos. São Paulo: Hospital Heliópolis 2008.

MTSS. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados: Ministério do trabalho e da Segurança Social. 2009.

MTSSS. Carta Social: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. 2015.

Mont D, Loeb M. A functional approach to assessing the impact of health interventions on people with disabilities. European Journal of Disability Research. 2010;4:159-73.

Morgan J, Minihan P, Stark P, Finkelman M, Yantsides K, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. J Am Dent Assoc. 2012;143(8):838-46.

OMD. Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Estratégia de saúde oral em Portugal - um conceito de transversalidade que urge implementar: Ordem dos Médicos Dentistas. 2010.

OMS. Classificação Internacional para a Funcionalidade: Organização Mundial de Saúde. 2004.

Oredugba F, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. BMC Oral Health. 2008;8:30.

Philip P, Rogers C, Kruger E, Tennant M. Oral hygiene care status of elderly with dementia and in residential aged care facilities. Gerodontology. 2012;29(2):306-11.

Portaria nº 59 /2015 de 2 de Março. *Diário da República nº 42 - I Série*. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Pradhan A, Slade G, Spencer A. Factors influencing caries experience among adults with physical and intellectual disabilities. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37(2):143-54.

Previtali E, Ferreira M, Santos M. Profile of Special Needs Patients Assisted at a Private Higher Education Institution. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2012;12(1):77-5.

Queiroz F, Rodrigues M, Junior G, Oliveira A, Oliveira J, Almeida E. Evaluation of oral health conditions of patients with Special Needs. Rev Odontol UNESP. 2014;43(6):396-5.

Riberto M, Miyazaki M, Jucá S, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N, et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiatr. 2004;11 (2):72-6.

Rocha B. Saúde oral em crianças e jovens com necessidades educativas especiais na APPACDM do distrito de Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado Universidade Fernando Pessoa Porto. 2009.

Rosendo R. Caracterização dos comportamentos relacionados com a saúde oral numa população com paralisia cerebral. Lisboa: Tese de Mestrado - Faculdade de Medicina Dentária; 2012.

Ruiz-Medina P, Bravo M, Gil-Montoya J, Montero J. Discrimination of functional capacity for oral hygiene in elderly Spanish people by the Barthel General Index. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:9.

Ruvière D, Queiroz A, Serrano K, Freitas A, Silva F, Nelson-Filho P. Toothbrushing in patients with neurological and / or motor disorders. *Odontol Clín-Cient.* 2010;9(2):135-7.

Santos M, Siqueira W, Nicolau J. Amylase and peroxidase activities and sialic acid concentration in saliva of adolescents with cerebral palsy. *Quintessence Int.* 2007;38(6):467-72.

Santos M, Batista R, Guare R, Leite M, Ferreira M, Durao M, e col. Salivary osmolality and hydration status in children with cerebral palsy. *J Oral Pathol Med.* 2011;40(7):582-6.

Santos M, Biancardi M, Guare R, Jardim J. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Spec Care Dentist.* 2010;30(5):206-10.

Schulte A, Freyer K, Bissar A. Caries experience and treatment need in adults with intellectual disabilities in two German regions. *Community Dent Health.* 2013;30(1):39-5.

Sharma A, Dileep CL, Mathur A, Batra M, Makkar D, Aggarwal V. Oral health status of intellectually disabled 3-5 years of children attending special schools in Rajasthan. *International Journal of Health Sciences & Research.* 2016;6(2):225-31.

Shyama M, Al-Mutawa SA, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and young adults with Down syndrome. *Spec Care Dentist*. 2003;23(3):94-9.

Souza S, Silva A, Guaré R, Santos M. Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. Jun. 2011;11(2):257-62.

Torres I. Atitudes dos médicos dentistas no tratamento medico-dentário de pacientes com deficiência mental. Dissertação de Mestrado Universidade Fernando Pessoa Porto; 2009.

Vanobbergen J, Visschere L. Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Community Dent Health*. 2005;22(4):260-5.

WHO. Oral Health Surveys: basic methods. 5 ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário

Saúde Oral em Pessoas Institucionalizadas que apresentam algum tipo de Deficiência

Dados a recolher dos utentes do Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva

Maria Grego Esteves

Mestrado integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



O seguinte questionário pretende averiguar o estado de saúde oral, bem como os hábitos de higiene oral dos utentes do Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva.

Deve assinalar a opção que considerar com um X.

EM CADA UMA DAS PERGUNTAS DEVE ESCOLHER-SE APENAS UMA OPÇÃO, EXCETO QUANDO INDICADO O CONTRÁRIO.

SECÇÃO A - INFORMAÇÕES SOBRE O UTENTE

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Núcleo: ☐ Laranja ☐ Cinza ☐ Lilás

Tempo de institucionalização: _____

SECÇÃO B – PERGUNTAS SOBRE O ESTADO DE SAÚDE GERAL

1. Qual a principal patologia que motivou a institucionalização?

- ☐ Abuso de substâncias
- ☐ Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- ☐ Défice cognitivo severo
- ☐ Distrofia muscular

- ☐ Hidrocefalia
- ☐ Lesão medular
- ☐ Multideficiência
- ☐ Paralisia cerebral
- ☐ Perturbação psiquiátrica
- ☐ Síndrome rara
- ☐ Tetraparésia
- ☐ Traumatismo crânio encefálico
- ☐ Tumor cerebral
- ☐ Patologia de origem desconhecida
- ☐ Outro. Qual? _____

2. Além da patologia principal apresenta alguma patologia associada?

- ☐ Não apresenta mais nenhuma patologia
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Outra. Qual? _____

SECÇÃO C – PERGUNTAS SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

1. Com que frequência realiza a escovagem?

- ☐ Não realiza a escovagem
- ☐ Menos de 1 vez por dia
- ☐ 1 vez por dia
- ☐ 2 vezes ou mais por dia

1.1 No caso de efetuar escovagem, esta é realizada:

- ☐ Pelo utente de forma autónoma
- ☐ Com auxílio de um funcionário

1.2 No caso da escovagem ser realizada com auxílio:

- ☐ O utente colabora com a escovagem
- ☐ O utente não colabora, mas consegue-se escovar
- ☐ O utente não colabora e não deixa escovar

2. Em que altura ou alturas realiza a escovagem? Selecione mais que uma opção se assim o considerar.

- ☐ Antes do pequeno almoço
- ☐ Depois do pequeno almoço
- ☐ A meio da manhã
- ☐ Antes de almoço
- ☐ Depois de almoço
- ☐ A meio da tarde
- ☐ Antes de jantar
- ☐ Depois do jantar
- ☐ Antes de adormecer
- ☐ Não escova os dentes

3. Utiliza outros meios de higiene oral além da escovagem? ☐ Sim ☐ Não

3.1 Se respondeu sim, refira quais:

- ☐ Fio dentário
- ☐ Escovilhão
- ☐ Colutório
- ☐ Outro. Qual? _____

SECÇÃO D – PERGUNTAS SOBRE ACESSO A TRATAMENTOS/CONSULTAS DE SAÚDE ORAL

1. Faz consultas de saúde oral com que regularidade?

- ☐ Pelo menos 1 vez por ano
- ☐ Só quando existe algum problema ou dor

2. A última consulta foi:

- ☐ Há menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 3 anos
- ☐ Há mais de 3 anos
- ☐ Nunca

3. Qual o motivo da última visita ao médico dentista? (COLOCAR APENAS A RAZÃO PRINCIPAL)

- ☐ Consulta de urgência (dores de dentes ou abscesso)
- ☐ Extrair ou tratar um dente

- ☐ Consulta anual de prevenção
- ☐ Conhecer o estado de saúde da boca
- ☐ Realizar uma limpeza ou colocar selantes
- ☐ Nunca foi ao dentista
- ☐ Outro. Qual?_____

**4. Se a última consulta foi há mais de um ano, porque é que não foi mais recentemente?
(COLOCAR APENAS A RAZÃO PRINCIPAL)**

- ☐ Custo elevado
- ☐ Dificuldade no deslocamento
- ☐ Profissionais de saúde pouco recetivos
- ☐ Não iria colaborar no tratamento
- ☐ Outro. Qual?_____

Apêndice 2 – Ficha de observação

Saúde Oral em Pessoas Institucionalizadas que apresentam algum tipo de Deficiência



Código do utente: __ __

Data da observação: __/__/__

1. Qual o nível de dependência do utente segundo o MIF (Medida de Independência Funcional)?

2. Qual o nível de capacidade funcional para a higiene oral (ADOH, Bauer 2001)?

Índice CPO (WHO, 1997)													
17	16	55 15	54 14	53 13	52 12	51 11	61 21	62 22	63 23	64 24	65 25	26	27
47	46	85 45	84 44	83 43	82 42	81 41	71 31	72 32	73 33	74 34	75 35	36	37

Total Dentes	C=	P=	O=	CPOD=
Total dentes	c=	p=	0=	cpod=

Índice Gengival (Loe e Silness, 1963, 1967)								
	54	51	65	74	71	85	Subs. Decid.	
	17	11	25	37	31	45	Subs. Perm.	
	55	61	64	75	81	84	Decidual	
	16	21	24	36	41	44	Permanente	
D								
V								
M								
L								

Índice de Higiene Oral, IHOS (Greene e Vermillion, 1964)							
	55	61	65	75	81	85	Subs. Decid.
	17	21	27	37	41	47	Subs. Perm.
	54	51	64	74	71	84	Decidual
	16	11	26	36	31	46	Permanente
	P. B.						DI=
Tártaro							CI=
							OHIS=

Observações

Apêndice 3 – Autorização da direcção do CLS



Maria João Santos Grego Esteves
Rua Montes Claros nº 58
7150-138 Borba

Vossa Ref.º:

Data Vossa Com.:

Nossa Ref.º Nº:

Data: 2016/02/12

SG/CLS/ 47 / 2016

Assunto: Investigação no âmbito do Mestrado.

Exma. Sr.ª Dra. Maria João Esteves,

Vimos por este meio acusar a receção do seu pedido e transmitir que é com imenso agrado que recebemos a notícia que escolheu o CLS para efectuar a sua investigação sobre a saúde oral em pacientes com necessidades especiais.

Face ao exposto, aguardamos contacto para definir os horários e condições que necessita para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Diretora Técnica

Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva
Herdade da Fuseira e Alamo
Santiago Rio de Moinhos- Ap. 43
7150-132 Borba
Tel.: 268 241 250 Fax: 268 241 259
E-mail: secretaria.cls@ump.pt - www.ump.pt


UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUEAS

Apêndice 4 – Consentimento para os tutores dos utentes do CLS

Saúde Oral em Pessoas Institucionalizadas com Necessidades Especiais

Consentimento de participação

Mestrado integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



Caro Familiar/Tutor,

Sou aluna do 4º ano do curso de Medicina Dentária e, no âmbito da minha tese de mestrado, pretendo desenvolver um estudo que permita uma melhoria no conhecimento e práticas relacionadas com a saúde oral de pessoas com necessidades especiais.

Neste sentido, venho solicitar a sua autorização para que o seu familiar/tutorando institucionalizado no Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva, participe neste estudo que abaixo se pormenoriza.

Este estudo foi autorizado pela direção desta instituição.

Detalhes do estudo:

Investigadora principal:

Maria João Santos Grego Esteves, aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Contactos:

e-mail: mariagreg@campus.ul.pt tm.: xxxxxxxxx

Orientadores:

Professor Doutor Mário Bernardo - Médico Dentista; Professor Catedrático da Universidade de Lisboa

Professora Doutora Sónia Mendes - Médica Dentista; Professora Auxiliar da Universidade de Lisboa

Objetivo:

Este estudo é realizado no âmbito da tese de Mestrado e tem como principal objetivo averiguar o estado de saúde oral de pessoas com necessidades especiais e se encontram institucionalizadas no Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva.

Procedimentos:

O estudo de campo desenvolver-se-á em duas etapas:

1 - Preenchimento de um questionário de saúde geral e hábitos de saúde oral pelo familiar, tutor ou cuidador.

2 - Observação intraoral do utente institucionalizado (dentes, gengivas e mucosas) utilizando um espelho bucal e uma sonda periodontal (instrumentos comuns de avaliação da saúde oral).

A observação será realizada na instituição e terá duração de cerca de 15 minutos, respeitando todos os procedimentos de assepsia. Não terá qualquer risco para a pessoa além dos esperados em qualquer exame de rotina, uma vez que não provoca dor nem serão utilizadas técnicas experimentais.

Caso seja identificada qualquer situação de desconforto do seu tutorando ou existir resistência à observação o procedimento será imediatamente interrompido.

Informações adicionais:

As informações pessoais que digam respeito ao seu familiar/tutorando terão carácter confidencial, apenas disponíveis aos investigadores e orientadores. A restante informação poderá vir a ser utilizada em trabalhos científicos para apresentação pública, mas sempre respeitando a confidencialidade e o anonimato.

Em qualquer momento pode colocar questões ou desistir da participação neste estudo sem quaisquer consequências, bastando apenas comunicar aos investigadores.

Assinatura do investigador: _____

Declaração dos familiares/tutores

Autorizo a participação do meu tutorando no estudo sobre Saúde Oral em Pessoas com necessidades especiais a realizar pela mestrandia Maria João Santos Grego Esteves, no âmbito da sua tese de mestrado.

O estudo bem como os seus objetivos são claros e poderei em qualquer momento colocar questões ou cancelar a participação do meu tutorando.

Nome do tutorando: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do familiar/tutor: _____

Apêndice 5 – Consentimento para os utentes do CLS

Saúde Oral em Pessoas Institucionalizadas com Necessidades Especiais

Consentimento de participação

Mestrado integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



Caro Utente do Centro de Apoio a Deficientes Luís da Silva,

Sou aluna do 4º ano do curso de Medicina Dentária e, no âmbito da minha tese de mestrado, pretendo desenvolver um estudo que permita uma melhoria no conhecimento e práticas relacionadas com a saúde oral de pessoas com necessidades especiais.

Neste sentido, venho solicitar a sua participação neste estudo que abaixo se pormenoriza.

Detalhes do estudo:

Investigadora principal:

Maria João Santos Grego Esteves, aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Contactos:

e-mail: mariagreg@campus.ul.pt tm.: xxxxxxxxx

Orientadores:

Professor Doutor Mário Bernardo - Médico Dentista; Professor Catedrático da Universidade de Lisboa

Professora Doutora Sónia Mendes - Médica Dentista; Professora Auxiliar da Universidade de Lisboa

Objetivo:

Este estudo é realizado no âmbito da tese de Mestrado e tem como principal objetivo averiguar o estado de saúde oral de pessoas com necessidades especiais, que se encontram institucionalizadas no Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva.

Procedimentos:

O estudo de campo desenvolver-se-á em duas etapas:

1 - Preenchimento de um questionário de saúde geral e hábitos de saúde oral.

2 - Observação intraoral (dentes, gengivas e mucosas) utilizando um espelho bucal e uma sonda periodontal (instrumentos comuns de avaliação da saúde oral).

A observação será realizada na instituição e terá duração de cerca de 15 minutos, respeitando todos os procedimentos de assepsia. Não terá qualquer risco para a pessoa além dos esperados em qualquer exame de rotina, uma vez que não provoca dor nem serão utilizadas técnicas experimentais.

Caso manifeste qualquer situação de desconforto o procedimento será imediatamente interrompido.

Informações adicionais:

As informações pessoais que lhe digam respeito terão carácter confidencial, apenas disponíveis aos investigadores e orientadores. A restante informação poderá vir a ser utilizada em trabalhos científicos para apresentação pública, mas sempre respeitando a confidencialidade e o anonimato.

Em qualquer momento pode colocar questões ou desistir da participação neste estudo sem quaisquer consequências, bastando apenas comunicar aos investigadores.

Assinatura do investigador: _____

Declaração do utente

Concordo em participar no estudo sobre Saúde Oral em Pessoas com necessidades especiais a realizar pela mestranda Maria João Santos Grego Esteves, no âmbito da sua tese de mestrado.

O estudo bem como os seus objetivos são claros e poderei em qualquer momento colocar questões ou cancelar a minha participação.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____